



# TEYSA BIOMÉDICA®

teysabiomedica.com.mx

FOLIO

FECHA

## HOJA DE SERVICIO

Institución/Empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Equipo: \_\_\_\_\_

Accesorios incluidos: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ No. Serie: \_\_\_\_\_

Tipo de servicio: ☐ Mantenimiento preventivo ☐ Mantenimiento correctivo ☐ Diagnóstico ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Falla reportada: \_\_\_\_\_

### INSPECCIÓN DEL EQUIPO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ACTIVIDADES REALIZADAS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HORAS DE  
SERVICIO

FOLIO DE  
GARANTÍA:

Garantía de

Días naturales sobre el servicio realizado

RESPONSABLE DEL SERVICIO

CLIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



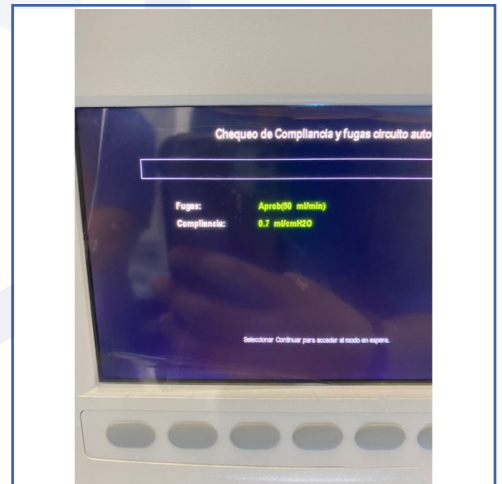
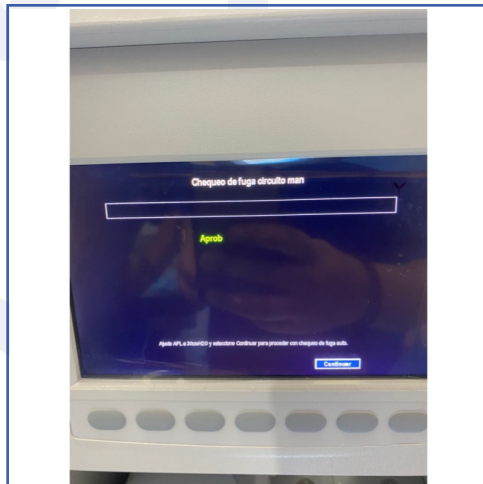
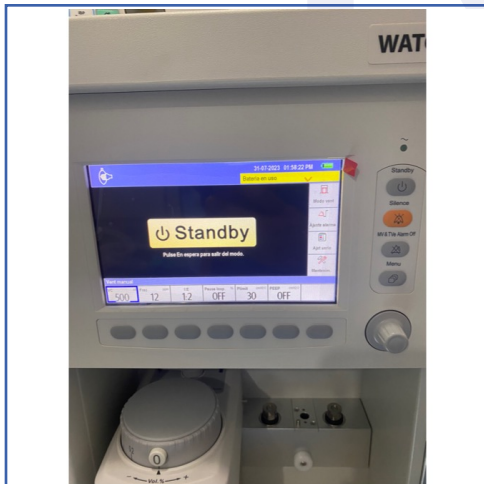
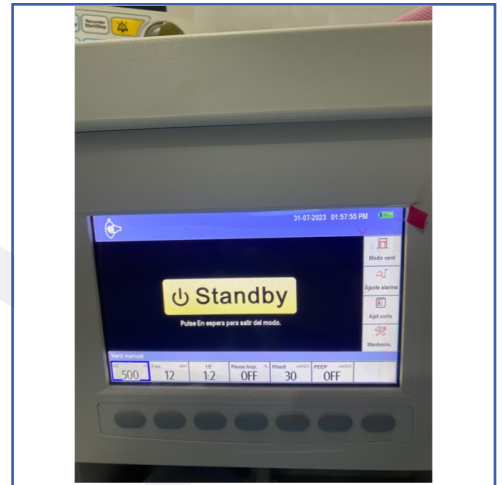
# TEYSA BIOMÉDICA®

teysabiomedica.com.mx

FOLIO

FECHA

## IMÁGENES DEL SERVICIO





# TEYSA BIOMÉDICA®

teysabiomedica.com.mx

FOLIO

FECHA

## IMÁGENES DEL SERVICIO

